

PAUTA 57

Análise para envio de Medicamentos IOT que estão com o estoque acima de 10.000 unidades na reserva estratégica para estados com cobertura inferior a 15 dias

Segue abaixo análise realizada para todos os estados que apresentam cobertura dos fármacos **besilato de atracúrio 10 mg/mL, ampola 2,5 mL; besilato de atracúrio 10 mg/mL, ampola 5 mL; brometo de rocurônio 10 mg/mL, ampola 5 mL; citrato de fentanila 0,05mg/mL, frasco ampola 10mL; cloreto de suxametônio 100mg, frasco ampola; cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL; etomidato 2mg/mL, frasco ampola 10mL; hemitartrato de norepinefrina 2mg/mL (Equivalente a 1mg/mL de norepinefrina), ampola 4mL; midazolam 5 mg/mL, frasco-ampola 10 mL; sulfato de morfina 10mg/mL, ampola 1mL; sulfato de atropina 1 mg/mL, ampola 1 mL**, abaixo de 15 dias, conforme semana 54 de monitoramento.

Resumo:

- Os medicamentos listados são os que apresentam quantitativo superior a 10.000 unidades no almoxarifado do Ministério da Saúde;
- Os quantitativos a serem enviados foram determinados a partir do estoque de cada um dos medicamentos;
- O CMM e cobertura considerados referem-se à semana 54 atualizada pelo CONASS;

1- Besilato de atracúrio 10 mg/mL, ampola 2,5 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

Dos estados que se enquadram nos critérios acima, pela baixa quantidade em estoque menor que o consumo médio mensal, **a maior cobertura possível de atingir foi para igualar minimamente 5,8 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade:

1. Estados com cobertura até 5 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 5,8 dias;

2- Besilato de atracúrio 10 mg/mL, ampola 5 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

Dos estados que se enquadram nos critérios acima, pela baixa quantidade em estoque menor que o consumo médio mensal, **a maior cobertura possível de atingir foi para igualar minimamente 8,3 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade:

1. Estados com cobertura até 8 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 8,3 dias;

3- Brometo de rocurônio 10 mg/mL, ampola 5 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

Dos estados que se enquadram nos critérios acima, pela baixa quantidade em estoque menor que o consumo médio mensal, **a maior cobertura possível de atingir foi para igualar minimamente 7,6 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade:

1. Estados com cobertura até 6 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 7,6 dias;

4- Citrato de fentanila 0,05mg/mL, frasco ampola 10mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

Dos estados que se enquadram nos critérios acima, pela baixa quantidade em estoque menor que o consumo médio mensal, **a maior cobertura possível de atingir foi para igualar minimamente 4 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade:

1. Estados com cobertura até 3 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 4 dias;

5- Cloreto de suxametônio 100mg, frasco ampola

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

6- Cloridrato de dexmedetomidina 100 mcg/mL, ampola 2 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

7- Etomidato 2mg/mL, frasco ampola 10mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;
2. Estados sem 2 opções de similaridade;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

8- Hemitartarato de norepinefrina 2mg/mL (Equivalente a 1mg/mL de norepinefrina)

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

9- Midazolam 5 mg/mL, frasco-ampola 10 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

Dos estados que se enquadram nos critérios acima, pela baixa quantidade em estoque menor que o consumo médio mensal, **a maior cobertura possível de atingir foi para igualar minimamente 12 dias em todas as SES**, desta forma optamos em sugerir a distribuição para os de maior criticidade:

1. Estados com cobertura até 11 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 12 dias;

10- Sulfato de morfina 10mg/mL, ampola 1mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias considerando a semana 54 da Planilha CONASS;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

11- Sulfato de atropina 1 mg/mL, ampola 1 mL

Critérios utilizados para seleção dos estados:

1. Estados com cobertura inferior a 15 dias para o medicamento **sulfato de atropina 0,25 mg/mL, ampola 1 mL**, considerando a semana 54 da Planilha CONASS;

Critério utilizado para definição do quantitativo a ser enviado:

1. Estados com cobertura até 15 dias: quantitativo para atingir a cobertura de 15 dias;

Observação: Reforça-se que a apresentação deste medicamento é 1 mg/mL, ampola 1 mL, diferente da apresentação que é encaminhada regularmente 0,25 mg/mL, ampola 1 mL.

Desta forma, as Secretarias de Saúde contempladas com esta pauta, quando forem informar no Coletakit o estoque e consumo deste medicamento, deverão multiplicar por 4 para que seja convertido para quantitativo de **sulfato de atropina 0,25 mg/mL, ampola 1 mL**.

Pauta 57 – Quantitativos distribuídos considerando os critérios apresentados acima e o fator de embalagem.

Estado	Medicamento	Apresentação	FE	Quantitativo ajustado FE
ALAGOAS	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	325
ALAGOAS	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	450
ALAGOAS	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	5	3.520
ALAGOAS	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	930
ALAGOAS	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	8.050
ALAGOAS	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	9.000
ALAGOAS	ATROPINA, SULFATO 1 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	50
AMAPÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	3.150
AMAPÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	2.750
AMAPÁ	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	6.160
AMAPÁ	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	2.800
AMAPÁ	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	22.000
AMAZONAS	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	5.100
BAHIA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	16.025
BAHIA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	17.850
BAHIA	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	8.090

BAHIA	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	-	10	920
BAHIA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	4.550
BAHIA	ETOMIDATO 2 MG/ML	AMPOLA 10 ML	25	3.300
BAHIA	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	9.700
CEARÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	1.000
DISTRITO FEDERAL	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	3.875
DISTRITO FEDERAL	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	6.450
DISTRITO FEDERAL	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	39.000
DISTRITO FEDERAL	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	750
GOIÁS	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	1.450
MARANHÃO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	2.850
MATO GROSSO	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	7.100
MATO GROSSO DO SUL	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	46.000
MATO GROSSO DO SUL	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	39.100
MATO GROSSO DO SUL	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	78.960
MATO GROSSO DO SUL	ATROPINA, SULFATO 1 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	1.450
MINAS GERAIS	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	14.150
PARÁ	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	2.450
PARÁ	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	4.680
PARÁ	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	26.000
PARAÍBA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	5.200
PARAÍBA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	7.775
PARANÁ	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	115.600
PERNAMBUCO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	2.275
PERNAMBUCO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	3.900
PIAUI	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	5.700
PIAUI	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	5.750
PIAUI	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	12.000
RIO DE JANEIRO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	41.500
RIO DE JANEIRO	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	91.900
RIO GRANDE DO NORTE	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	3.800
RONDÔNIA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	6.900
RONDÔNIA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.050
RONDÔNIA	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	11.300
RORAIMA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	200

RORAIMA	ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	10	1.170
RORAIMA	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	5	810
RORAIMA	SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG PÓ LIOF. INJETÁVEL	-	10	60
RORAIMA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100 MCG/ML	AMPOLA 2 mL	50	3.600
RORAIMA	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	4.850
RORAIMA	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	9.500
RORAIMA	MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	AMPOLA 1 mL	50	150
SANTA CATARINA	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	1.850
SÃO PAULO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	56.200
SÃO PAULO	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	109.150
SÃO PAULO	FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	AMPOLA 10 mL	5	198.230
SERGIPE	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	18.500
SERGIPE	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	9.850
SERGIPE	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML	AMPOLA 4 mL	50	2.950
SERGIPE	MIDAZOLAM 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	AMPOLA 10 mL	50	87.500
TOCANTINS	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 2,5 mL	25	25
TOCANTINS	ATRACÚRIO, BESILATO 10 MG/ML	AMPOLA 5 mL	25	25
TOTAL				1.221.255